

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

453

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

JUBIER Louis-Yves

Né le 7 décembre 1910 au Mans (Sarthe)

Sur un procédé de fermeture de la paroi après laparotomie médiane sus-ombilicale

(Technique de Wilkie)

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

—
1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

JUBIER Louis-Yves

Né le 7 décembre 1910 au Mans (Sarthe)

Sur un procédé de fermeture de la paroi après laparotomie médiane sus-ombilicale (Technique de Wilkie)

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

—
1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGRÈZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGÉROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurol. et Psychiâtrie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCC Patholog. chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER Patholog. chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologiq.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathol. expérimentale.
LEVEUF Patholog. chirurgicale.
Mlle J. LEVY Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS Patholog. chirurgicale.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUENU Patholog. chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Patholog. chirurgicale.
SÉZARY Dermatol. et syphiligr.
TROISIER Pathol. expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiq.
LEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULÉ Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
GUENIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR BARANGER

Chirurgien de l'Hôpital du Mans

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail et nous a si grandement aidé dans son accomplissement.

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Ayant passé plusieurs années d'Internat à l'Hôpital du Mans, nous avons pu observer de près les techniques des différents chirurgiens, suivre nos opérés et assez souvent revoir des malades opérés antérieurement. Un enseignement qui découle de nos observations, est l'importance de la fermeture de la paroi dans les opérations abdominales. En effet, si une incision bien appropriée est toujours apparue comme la condition *sine qua non* d'une opération correcte, trop souvent les chirurgiens ont fermé la paroi le plus rapidement possible à la fin d'une opération qui leur semblait avoir trop duré.

Dans les cas d'intervention sur l'étage supérieur de l'abdomen, par voie médiane, une conséquence fréquente est l'éventration. Le Docteur BARANGER, chirurgien de l'Hôpital du Mans, a bien voulu nous remettre ses observations qui ont confirmé notre manière de voir. Il a eu de plus l'obligeance de nous communiquer une technique qu'il utilise depuis deux ans, à la suite d'un voyage en Ecosse où il fut en rapport avec le Professeur WILKIE d'EDIMBOURG ; cette technique lui a permis depuis lors d'éviter entièrement l'éventration.

CHAPITRE PREMIER

Les suites de la fermeture habituelle de la paroi après laparotomie médiane sus-ombilicale

La laparotomie médiane sus-ombilicale est l'incision qui, au maximum, évite les nerfs, on peut dire aussi : qui au maximum évite les vaisseaux, car il n'y a sur la ligne médiane que des anastomoses sans importance. Comme on a souvent rattaché l'éventration à une mauvaise nutrition des tissus consécutive aux lésions vasculaires et nerveuses, on pourrait donc prévoir qu'une laparotomie médiane doive donner peu d'éventration. En est-il ainsi ?

Négligeant les statistiques souvent trompeuses, nous nous sommes borné à compulser les fiches du Docteur Baranger. Nous prendrons sa statistique comme type, car elle nous paraît répondre aux suites les plus ordinaires de la laparotomie médiane sus-ombilicale.

Nous trouvons en trois ans 25 laparotomies de l'étage supérieur de l'abdomen qui ont pu être re-

vues. Sur ces 25 cas, nous avons noté 6 éventrations, soit une proportion de 24 %. Nous croyons que tout chirurgien ne pratiquant dans la laparotomie médiane sus-ombilicale aucune technique spéciale de fermeture, accusera un pourcentage d'éventrations se rapprochant du précédent.

Au reste, voici les observations :

OBS. I. — R... Francisque, 48 ans. Ulcère du pylore. Opéré le 2-5-31. Laparotomie médiane sus-ombilicale, gastro-entérostomie. Fermeture en un plan aux bronzes. Pas d'éventration consécutive.

OBS. II. — S... Edouard, 63 ans. Ulcère du duodénum. Opéré le 2-10-30, laparotomie médiane sus-ombilicale. Gastro-entérostomie, fermeture par plans, points séparés catgut chromé sur l'aponévrose.

OBS. III. — B..., 37 ans. Cholécystite lithiasique. Opéré le 6-5-30. Cholécystectomie. Drainage.

Trois mois après, le 9-8-30, on constate une *éventration* qui est opérée (crins perdus).

Un an plus tard (2-6-31) on constate une bonne paroi, mais les nodosités constituées par les crins profonds sont perçues.

OBS. IV. — C... Georges, 40 ans. Ulcère du pylore. Opéré le 8-3-30. Gastro-entérostomie. Pas d'éventration consécutive.

OBS. V. — C... Félicité, 48 ans. 9 mars 1930. Gastroentérostomie. Pas d'éventration consécutive.

OBS. VI. — C... Auguste, 52 ans. Ulcère perforé. Opéré le 25-2-31, enfouissement, gastroentérostomie. Pas d'éventration consécutive.

OBS. VII. — H... Albert, 64 ans. Ulcère de la région pylorique. Opéré le 28-4-32. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Gastroentérostomie; fermeture en un plan bronzes. Pas d'éventration consécutive.

OBS. VIII. — H... Raymond, 32 ans. Ulcère perforé d'estomac. Opéré le 5-3-34, paroi en un plan aux bronzes. Pas d'éventration consécutive.

OBS. IX. — J... Yvonne, 39 ans, cholécystite chronique. Opérée le 3-6-32; cholécystectomie; fermeture de la paroi par plans, catgut chromé sur l'aponévrose. Revue en août 1932, pas d'éventration consécutive.

OBS. X. — F... Louis, 56 ans. Ulcère perforé d'estomac. Opéré le 23-9-30; fermeture de la paroi

ne un plan aux bronzes. Pas d'éventration consécutive.

OBS. XI. — Mme L..., 44 ans. Cholécystite lithiasique. Opérée le 3-3-32, cholécystectomie. Fermeture de la paroi par plans, catgut chromé sur l'aponévrose. Pas d'éventration consécutive.

OBS. XII. — Mlle L... Lucienne, 22 ans, cholécystite chronique. Opérée le 8-8-30 ; laparotomie médiane sus-ombilicale ; cholécystectomie, fermeture par plans au catgut. Revue le 19-3-31 : un peu d'éventration.

OBS. XIII. — B... Aristide, 62 ans. Cancer d'estomac. Opéré le 31-10-30, gastro-entérostomie ; fermeture en un plan aux bronzes. Revu le 12-11-30 ; il y a déjà une *éventration*.

OBS. XIV. — P... Emile, 49 ans ; ulcère de l'antre prépylorique. Opéré le 28-5-31 : laparotomie médiane sus-ombilicale. Gastroentérostomie — fermeture par plans, crins sur l'aponévrose. Revu le 10-11-33 : pas d'éventration ; nodosités sous-cutanées.

OBS. XV. — P... Eugène, 46 ans, contusion du creux épigastrique. Opéré le 31-7-32. Laparotomie

sus-ombilicale, fermeture par plans, crins perdus sur l'aponévrose. Pas d'éventration consécutive.

OBS. XVI. — Mme P..., 53 ans. Cancer étendu de l'estomac. Opérée le 20 mars 1930. Gastro-entérostomie, paroi en un plan aux bronzes. Meurt au bout de quelques mois, pas d'éventration.

OBS. XVII. — P..., Armand, 49 ans. Opéré le 27-1-32 de cancer étendu de l'estomac. Gastrectomie Billroth II. Fermeture de la laparatomie en un plan aux bronzes. Revu fin de 1933 ; pas d'éventration.

OBS. XVIII. — Mme G..., 69 ans. Cancer d'estomac. Laparatomie exploratrice, fermeture en un plan aux bronzes. Pas d'éventration consécutive.

OBS. XIX. — B..., Aldric, 44 ans. Ulcère du pylore. Opéré le 4-2-32. Laparatomie médiane sus-ombilicale. Gastroantérostomie. Fermeture par plans, points séparés catgut chromé sur l'aponévrose. Le 14-6-32, on constate une *éventration* pour laquelle il est opéré le 3-11-32 (cure de l'éventration avec débridement des gaines aponévrotiques selon la technique de Wilkie). Revu fin 1933, bonne paroi.

OBS. XX. — B..., Jules, 55 ans. Cancer d'estomac ; opéré le 22-9-31. Laparotomie médiane sus-

ombilicale. Gastro-entérostomie. Fermeture par plans, point séparés catgut chromé sur l'aponévrose. Le 28-3-32, revu. *Eventration*. Meurt en mai 1932.

OBS. XXI. — S..., Joseph, 58 ans. Cancer d'estomac. Opéré le 19-3-32. Gastrectomie Billroth, paroi en un plan aux bronzes. Revu le 14-1-33. *Eventration*.

OBS. XXII. — D..., Auguste, 57 ans. Cancer d'estomac juxta-cardiaque. Laparotomie exploratrice le 2-8-32. Fermeture par plans, crins sur l'aponévrose. Pas d'éventration consécutive.

OBS. XXIII. — J..., Gustave, 48 ans. Cancer d'estomac. Opéré le 2-10-31. Gastrectomie. Revu l'année suivante, bonne paroi (a été faite en un plan aux bronzes).

OBS. XXIV. — D..., Ulcère d'estomac. Opéré le 27-6-31. Laparotomie médiane sus-ombilicale ; gastro-entérostomie. Paroi en deux plans, crins sur l'aponévrose. Revu le 21-11-33, pas d'éventration, mais paroi un peu faible par places.

OBS. XXV. — C..., Césarinè, 48 ans. Opérée le 27-1-31, cholécystectomie par voie médiane. Paroi par plans au catgut. Pas d'éventration consécutive.

Cette statistique appelle des remarques. Pouvons-nous trouver dans la *nature des fils employés* pour la réfection de la paroi ou dans la nature de la maladie en cause la raison de l'éventration ?

Sur 6 éventrations nous en trouvons deux consécutives à une fermeture en un plan aux bronzes (9 laparotomies fermées aux bronzes, 2 éventrations, 22,22 %).

— 2 consécutives à une fermeture par plans avec catgut chromé ou crins perdus sur l'aponévrose (9 laparotomies fermées par ce procédé, 2 éventrations, 22,22 %).

— 1 consécutive à une fermeture par plans au catgut ordinaire (sur 2 opérations faites ainsi: 50%).

— une consécutive à une fermeture dont le détail n'a pas été noté sur l'observation.

Donc, autant qu'on peut en juger par une statistique assez courte, il y a le même nombre d'éventrations après fermeture en un plan aux bronzes (les bronzes sont retirés le 14^e jour) et fermeture par plans avec fils non résorbables sur l'aponévrose. En ce qui concerne le catgut ordinaire, la cause est jugée par tout le monde, ce fil se résorbe trop vite

pour empêcher les éventrations dans les laparotomies médianes de l'étage sus-ombilical.

Si maintenant nous examinons les différentes maladies ayant nécessité une intervention, nous notons 8 cancers d'estomac sur lesquels il y a eu 3 éventrations (37,5 %) dont 2 avec une paroi en un plan aux bronzes et une après fermeture par plans, catgut chromé sur l'aponévrose. Nous notons ensuite 10 ulcères d'estomac avec une seule éventration (10 %). Cette éventration est survenue après fermeture de la paroi par plans, catgut chromé sur l'aponévrose. Aucun des ulcères perforés opérés par voie médiane avec fermeture en un plan aux bronzes n'a donné d'éventration.

Enfin, outre une contusion de l'abdomen (bonne paroi) nous trouvons 5 vésicules opérées par voie médiane et *toutes drainées*. Là, proportion forte d'éventrations : 2 sur 5, 40 %.

Que conclure de ce chapitre ?

1° La fermeture de laparotomie médiane sus-ombilicale par plans au catgut ordinaire est, de l'avis général, souvent suivi d'éventration.

2° La fermeture en un plan aux fils de bronze ou par plans séparés avec des fils non résorbables

sur l'aponévrose donne une proportion encore trop importante, et la même dans les deux cas, d'éventrations. Peut-être toutefois l'usage des crins perdus arrive-t-il à réduire considérablement la quantité d'éventrations, mais comme nous l'avons noté dans deux de nos observations (obs. III et XIV) il est suivi de l'existence de nodosités, sinon douloureuses, du moins gênantes.

Les éventrations sont plus nombreuses dans le cas d'opération pour cancer, elles existent cependant quelquefois après les opérations pour ulcère.

3° L'éventration est facilitée par le drainage médian. Le drainage latéral, tel par exemple qu'il a été conseillé jadis par H. Delagénère, semble à préférer. Il reste que même sans drainage médian, même avec du fil non résorbable sur l'aponévrose, on a une certaine proportion d'éventrations après laparotomie médiane sus-ombilicale. Pourquoi ? C'est ce que nous essaierons de discerner dans le prochain chapitre.

CHAPITRE II

Recherche des causes d'éventration dans l'anatomie de la ligne blanche au-dessus de l'ombilic

Quand on étudie l'anatomie de la ligne blanche on est frappé de deux faits qui peuvent donner la clef du problème que nous étudions : à savoir la cause des éventrations fréquentes après laparotomie médiane sus-ombilicale :

1° La ligne blanche n'est pas une simple cloison uniformément tendue de l'appendice xyphoïde à la symphyse pubienne. On peut y distinguer deux parties distinctes :

a) L'une est située au-dessous de l'Arcade de Douglas (point siégeant à un ou deux travers de doigt, 1 à 3 cm. au-dessous de l'ombilic). C'est ce que Poirier appelle la « partie linéaire ». Elle a, dit-il, environ 13 cm. de longueur. C'est « une crête fibreuse, triangulaire sur la coupe, avec une base antérieure qui mesure à peine 3 mm. ».

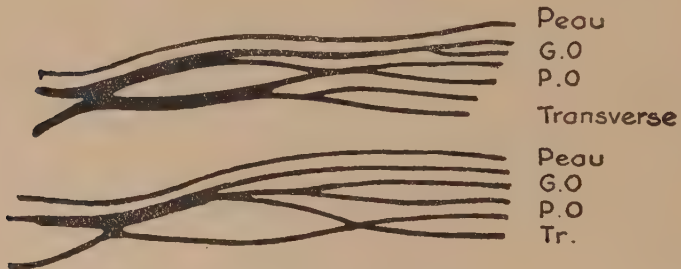
b) L'autre située au-dessus de l'Arcade de Dou-

glas est rubanée, c'est la « partie large » de Poirier. Elle remonte jusqu'au sternum. Quand on la suit de haut en bas, on trouve que sa largeur, de 6 à 8 mm. à son origine, atteint son maximum (15 à 25 mm. à l'ombilic. Cette partie présente, outre l'orifice ombilical, avec sa dépression cicatricielle, de petits orifices vasculaires et nerveux, elliptiques ou losangiques par où se font les hernies médianes dites hernies de la ligne blanche.

Le fait que la partie rubanée de la ligne blanche cesse avec l'apparition de l'Arcade de Douglas laisse présumer que son élargissement est dû à la traction de l'aponévrose du transverse (Poirier).

2° Justement, la disposition des aponévroses

Coupe transversale de la paroi abdominale antérieure
(unité de Poirier, Myologie p. 467)



fascia transversalis

En haut, coupe au-dessus de l'ombilic

En bas, coupe au-dessous de l'arcade de Douglas

abdominales antérieures comme chacun sait, n'est pas du tout la même au-dessus et au-dessous de l'Arcade de Douglas. Nous ne rappellerons au lecteur que par le schéma ci-joint l'insertion des différentes aponévroses des muscles larges et leur disposition autour des muscles droits. Qu'il nous suffise de résumer ainsi toute la description : *Au-dessous de l'Arcade de Douglas*, toutes les aponévroses d'insertion des muscles larges aboutissent au bord externe ou en avant du muscle droit, le péritoine n'est doublé que par un petit « fascia transversalis », pratiquement l'aiguille qui charge l'aponévrose située en avant de la gaine des droits charge tous les plans fibreux et comme d'autre part, du fait de l'étroitesse de la ligne blanche (3 mm. au maximum) le bistouri a grandement pénétré dans la gaine d'un des droits sans avoir nullement incisé la ligne blanche, la reconstitution est parfaite.

Au-dessus de l'Arcade de Douglas, au contraire, les aponévroses d'insertion des muscles larges aboutissent par moitié sur le feuillet antérieur et sur le feuillet postérieur de la gaine du droit. Comme la ligne blanche est large dans cette région, on fait généralement une vraie laparotomie médiane et les fils ont tendance à couper, du fait de la traction des

muscles sur la ligne blanche. Si on entre quelque peu dans la gaine d'un droit, le feuillet postérieur, tiré vigoureusement par le transverse, échappera presque forcément dans la reconstitution, car il glisse sur le péritoine auquel il n'adhère pas et il faudrait une réfection en cinq plans (péritoine, feuillet peau) pour avoir une reconstitution anatomique. postérieur de la gaine, muscle, feuillet antérieur, Encore faudrait-il que les deux plans sur les feuillets de la gaine des droits soient faits aux fils non résorbables. Cela est-il praticable dans ces tissus tirillés latéralement où les fils coupent si facilement ?

Alors ? Plusieurs solutions sont possibles deux surtout :

1° Faire une laparotomie para-médiane, droite le plus souvent, avec reconstitution des feuillets de la gaine des droits, la ligne blanche étant intacte. Nous savons que ce procédé est pratiqué par plusieurs chirurgiens, notamment par le professeur Wilkie d'Edimbourg qui s'en déclare très satisfait. Ce procédé évite au maximum les éventrations, mais il est un peu gênant dans les opérations où l'on doit explorer la partie gauche de l'étage sus-ombilical, notamment la gastrectomie large. Or, sait-on ja-

mais au début d'une opération sur l'estomac, quel type d'intervention sera finalement adopté ?

2° Faire une laparotomie médiane en renforçant la ligne blanche par quelque chose. Ce quelque chose c'est la partie voisine du feuillet antérieur de la gaine des droits.

C'est ce procédé que le Docteur Baranger a appris dans le service du professeur Wilkie à Edimbourg, que nous allons décrire dans le chapitre suivant.

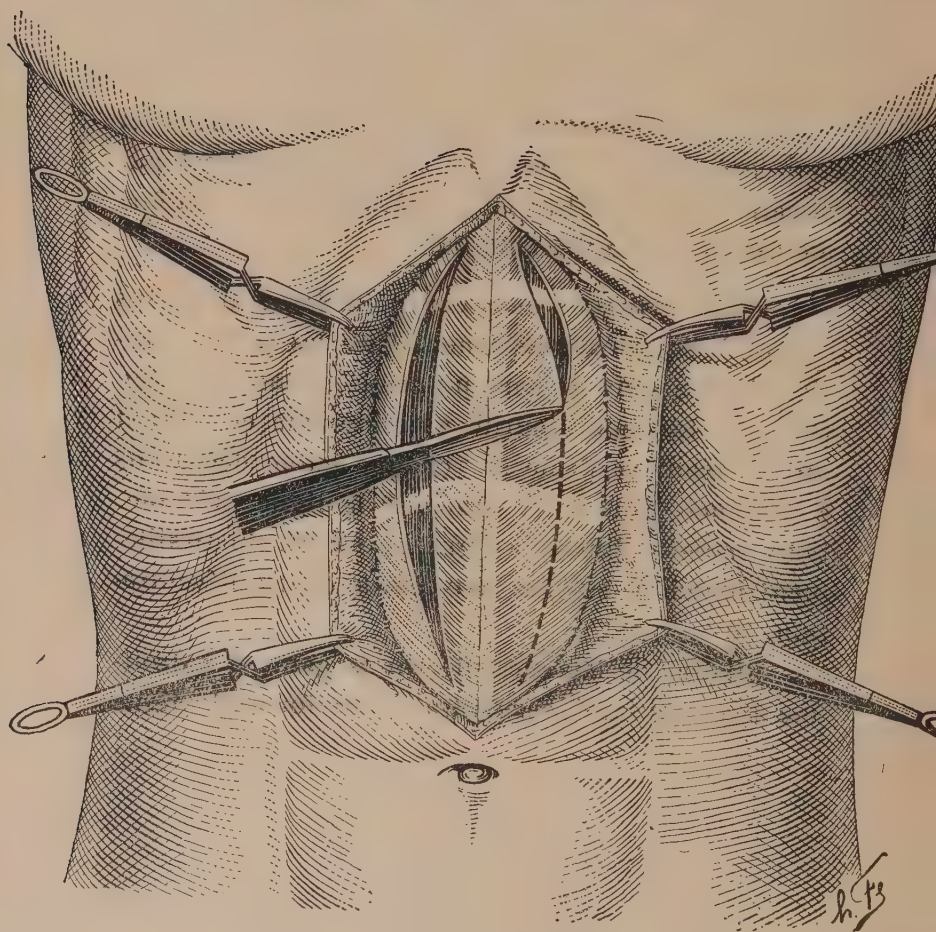
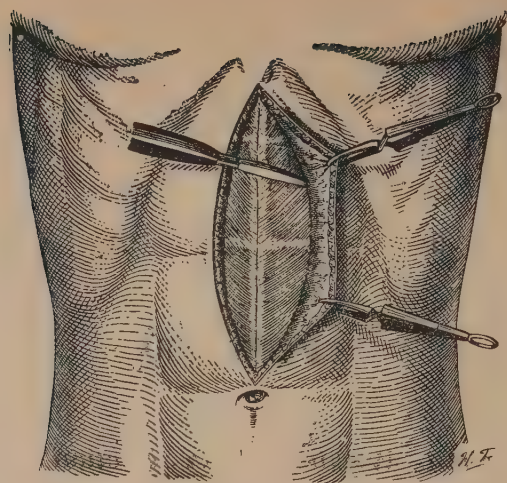
CHAPITRE III

Technique de Wilkie dans la réfection de la paroi après laparotomie médiane sus-ombilicale

Dans la remarquable publication de Miles et Wilkie « Operative Surgery » (Oxford medical publication 1933) on lit (page 399), à propos de la fermeture de la paroi abdominale :

« En fermant une incision médiane au-dessus de l'ombilic, particulièrement chez les sujets musclés et chez ceux qui ont un angle costal étroit, on peut obtenir une sécurité additionnelle en faisant une incision verticale sur chaque gaine des droits à 1/2 inch (soit 0 m. 0125) de la ligne médiane. Cette incision libère la ligne de suture du tiraillement latéral et est une sauvegarde contre l'éventration. »

Libérer de chaque côté sur la gaine des droits une languette qui permettra de renforcer la ligne



blanche, tel est donc le principe. A vrai dire, Wilkie n'a pas écrit qu'il eut le premier l'idée de ce débriement d'une gaine par une incision libératrice, certains chirurgiens pratiquaient ce procédé dans la cure des éventratinos. Mais nous n'avons vu signalé que dans ses publications l'usage systématique de cette technique pour toutes les laparotomies médianes sus-ombilicales et nous savons qu'il en est ainsi dans son service. Encore qu'on puisse à tort considérer la question comme un détail de peu d'importance, nous pensons pouvoir avec logique nous mettre sous le patronage de l'éminent chirurgien d'Edimbourg et nous appellerons cette technique « technique de Wilkie ».

Voici les détails que nous a donnés le Docteur Baranger sur sa façon de faire :

I. Ouverture de la paroi

a) Après l'incision de la peau, on n'incise pas entièrement la *ligne blanche*, on se contente de la « rayer » au bistouri, ce qui est suffisant pour l'instant.

b) On place alors les champs bordants et les pinces érigées de Doyen et on décolle au bistouri

entre tissu sous-cutané et aponévrose. Le décollement doit être poursuivi sur 4 à 5 centimètres de chaque côté.

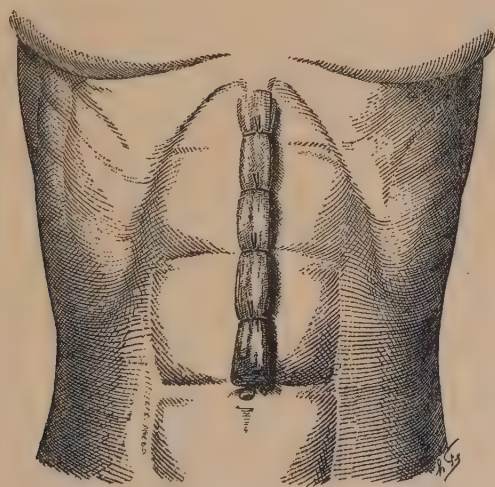
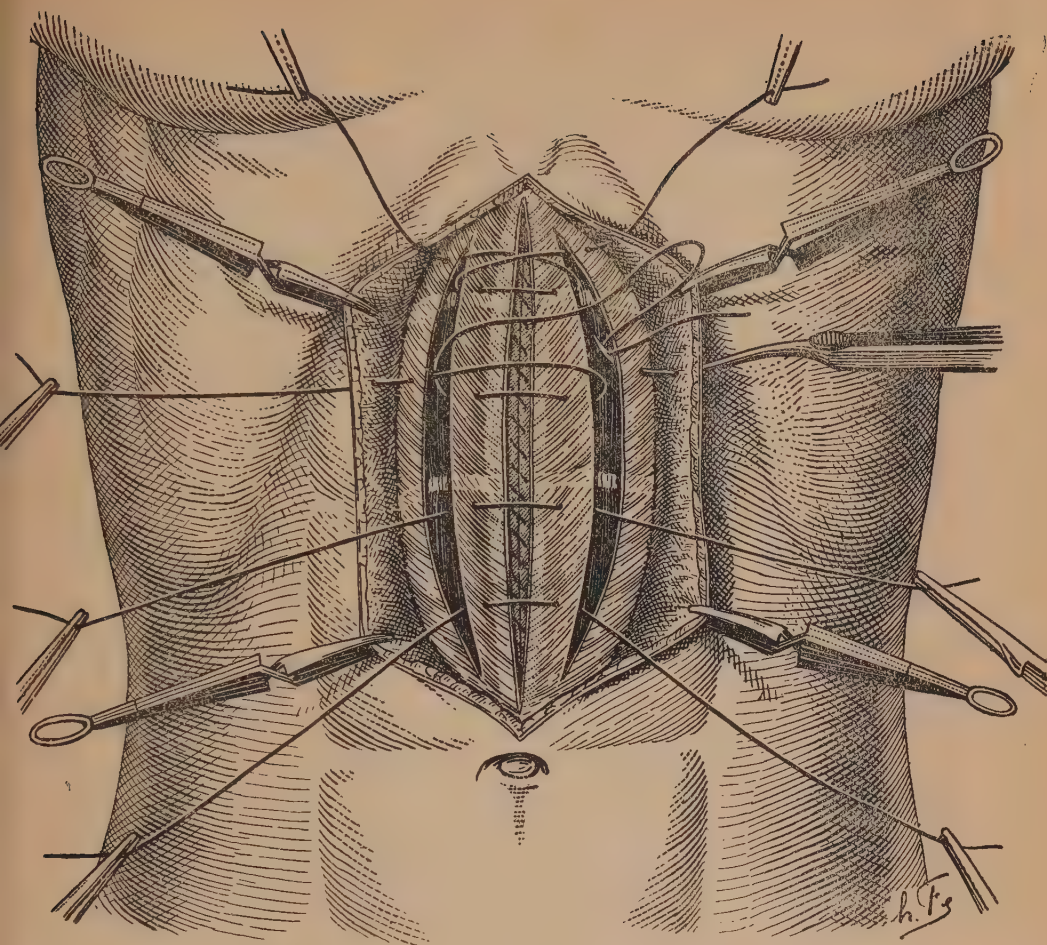
c) On fait alors sur la gaine de chaque droit *les deux incisions verticales paramédianes* qui sont toute la technique. Ces incisions doivent être faites pour Wilkie à 1 cm. $1/2$ environ de la ligne médiane. Le Docteur Baranger les fait à plus de 2 centimètres et les recourbe en haut et en bas pour les rapprocher de la ligne médiane.

d) *Hémostase soigne*. Comme le fait Wilkie, il est très pratique d'assurer l'hémostase par coagulation au bistouri électrique après la pose des pinces de Kocher. C'est un procédé plus rapide que les ligatures.

e) *Incision médiane* de la ligne blanche et du péritoine.

II. Fermeture de la paroi

Une fois le temps abdominal de l'intervention pratiqué, il faut fermer. Si un drainage est nécessaire, ce qui peut arriver à la suite d'une gastrectomie ou d'une opération sur les voies biliaires, il faut faire un drainage latéral. Ce drainage latéral ne sera



pas fait à travers la gaine de droit, ce qui pourrait infecter les sutures assez compliquées, mais en dehors du droit, dans les muscles larges. Le drain sera enlevé aussi rapidement que possible, généralement 48 heures après l'intervention.

a) *Surjet* de catgut 2 sur le péritoine et le feuillet postérieur de la gaine du droit. Nous avons vu que notre espoir de rattraper ce feuillet, tiré par les fibres puissantes du transverse n'était pas toujours réalisé. Du moins, on essaiera et patiemment, même si les fils coupent de temps en temps, on placera un surjet aussi correct que possible.

b) Ensuite, on passera une *série de crins doubles* (en principe cinq crins doubles pour un adulte) de la façon suivante : l'aiguille de Reverdin passera sous les bords externes des deux languettes droite et gauche créées par les incisions paramédianes. Une fois les fils passés, on les repérera par des pinces.

c) On réunit les bords internes des deux languettes par une série de points séparés au *catgut chromé*. La ligne blanche renforcée est maintenant constituée.

d) Les crins doubles sont croisés en X et passés

à travers le feuillet antérieur de la gaine des droits et la peau.

e) Fermeture de la peau aux crins, placement d'un bourdonnet de gaze sur lequel les crins doubles sont liés.

Dans quelques cas (sujets ayant maigri beaucoup) il est possible avant ce temps e) de réunir par des points au catgut les deux lèvres externes des incisions paramédianes. Evidemment il faut décoller la peau assez loin. Quand on peut utiliser ce procédé, on a une paroi d'une solidité à toute épreuve, c'est un mur fibreux.

Cette technique a été appliquée dans 12 cas par le Docteur Baranger. Voici ces 12 observations :

OBSERVATIONS

OBS. XXV. — P... Ernest, 47 ans, boulanger à Vancé (Sarthe). Opéré le 16-6-33 pour ulcère du versant duodénal du pylore, gastroentérostomie. Paroi méthode de Wilkie. Revu le 10-11-33. La paroi est excellente et l'aponévrose est même plus tendue qu'habituellement.

OBS. XXVI. — B... Eloi, 21 ans, ouvrier à Ballon (Sarthe). Opéré le 25-7-33 de cholécystectomie et appendicectomie. Revu le 18-4-34 ; bonne paroi, pas d'éventration.

OBS. XXVII. — L... Félix, 57 ans, ulcère de la petite courbure. Gastrectomie Polya le 12-12-33 ; paroi méthode de Wilkie. Revu le 19-4-34, pas d'éventration.

OBS. XXVIII. — Mme L..., 61 ans, de Neuville-sur-Sarthe. Intervention le 29-11-32. On trouve : 1° sur la petite courbure une masse avec cicatrice antérieure qui semble répondre à un ulcère calleux ; 2° au niveau du pylore une deuxième cicatrice avec une petite masse du volume d'une noisette qui peut être un ulcère calleux ou un début de néo ; ganglions coronaires. Gastroentérostomie ; paroi méthode de Wilkie ; les lèvres externes des incisions latérales sont réunies par le catgut chromé. Revue le 19-4-34, paroi excellente.

OBS XXIX. — S... Jean, 30 ans La Chartre-sur-le-Loir. Opéré le 8-11-32, ulcère du versant duodénal du pylore avec dilatation gastrique considérable. Gastroentérostomie postérieure trans-mésocolique. Paroi méthode de Wilkie. Les deux lèvres externes

des incisions latérales sont réunies par un catgut. Revu le 17-4-34, paroi extrêmement solide.

OBS. XXX. — V... Paul, 57 ans, Vallon-sur-Gée. Opéré le 15-11-32 d'ulcère de la petite courbure. Gastrectomie Polya. Paroi méthode de Wilkie. Revu dans le courant de 1933. Paroi très solide.

OBS. XXXI. — B..., 48 ans (Le Mans). Ulcère du pylore, opéré le 14-1-33, gastrectomie Polya, paroi méthode de Wilkie, crins profonds. Revu le 29-3-34, paroi excellente.

OBS. XXXII. — M..., 66 ans, de Boëssé-le-Sec. Néo du pylore opéré le 18-8-33, gastrectomie Billroth II, paroi méthode de Wilkie ; on met un drain latéral. Les suites sont bonnes, sauf un peu d'écoulement par le drain, ce qui infecte la paroi. Revu en mars 1934, la paroi est un peu faible (à cause de la suppuration post-opératoire) mais il n'y a pas d'éventration.

OBS. XXXIII. — Sœur L..., 55 ans, Communauté de la Miséricorde de Coutances. Bilocution gastrique ancienne opérée le 20-12-32 ; incision en fer à cheval Finney-Lecène. Paroi méthode de Wilkie. Revu le 4-9-33, paroi très solide.

OBS. XXXIV. — B... Aldric, 44 ans, moniteur

d'éducation physique (Le Mans). Opéré une première fois le 4-2-32. Ulcère de la face antérieure du pyllore, gastroentérostomie. Paroi par plans points séparés au catgut chromé sur l'aponévrose. Revu le 14-6-32, éventration.

Deuxième opération le 3-11-32, excision de la cicatrice, réfection de la paroi selon la technique de Wilkie ; on rapproche les lèvres externes des incisions latérales par catgut et crins en 8. Revu 1933 et 1934, bonne paroi.

OBS. XXXV. — Mlle L..., 50 ans, Marigné. Opérée le 21-11-33 de diverticules de l'angle duodéno-jéjunal. Paroi technique de Wilkie. Revue le 25-4-34, la paroi est excellente.

OBS. XXXVI. — Frère R..., capucin, 19 ans. Opéré il y a plusieurs années d'appendicite avec péritonite généralisée, présente trois cicatrices d'incision et trois éventratons. Opéré deux fois le 14 octobre 1932 et le 26 octobre 1932. La première fois on fait la cure de l'éventration médiane, on libère de nombreuses adhérences, on met un surjet de catgut sur le péritoine ; l'aponévrose est incisée de chaque côté de la partie médiane selon la technique de Wilkie et les deux languettes médianes sont réunies par des crins perdus. On fait ensuite la cure de l'é-

ventration de la fosse iliaque droite facilitée justement par la technique précédente. On peut placer des points de catgut sur le péritoine et des crins sur les deux plans musculaires.

Le 26-10-32, le sujet est réopéré au niveau de son éventration gauche qui est située juste en dehors du canal inguinal. On fait une véritable technique de Bassini, en laissant des crins profonds.

CONCLUSIONS

1° La fermeture habituelle de la paroi après laparotomie médiane sus ombilicale a pour conséquence fréquente l'éventration.

2° Lorsqu'une laparotomie paramédiane n'est pas possible la technique de Wilkie semble intéressante pour renforcer la ligne blanche et diminuer le risque d'éventration. Elle devrait être utilisée plus fréquemment en France. Les observations du Docteur Baranger confirment cette manière de voir.

Vu : *Le Doyen*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse*
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

IMPRIMERIE DES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE. — PARIS
